

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГЕСТОЗА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Мамась А.Н.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Уровень артериального давления, даже измеряемый на обеих руках пациентки с гестозом, по которому, в настоящее время в значительной степени судят о тяжести состояния беременной, не характеризуют состояние кровообращения в целом. Тяжесть гестоза четко коррелирует со степенью гиповолемии, которая определяет выраженность полиорганной дисфункции у данной категории больных [1, 2]. К сожалению, в настоящее время ни один показатель, характеризующий выраженность гиповолемии, не входит в обязательные критерии определения степени тяжести гестоза и, что не менее существенно, не учитывается при оценке эффективности проводимой терапии.

Цель исследования. Определить клинические и лабораторные признаки гиповолемии, характерные для беременных с тяжелыми формами гестоза.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ историй

родов 196 беременных с гестозом средней и тяжелой степени, проходивших этап интенсивной терапии в отделении анестезиологии и реанимации. Во всех случаях определение степени тяжести гестоза проводилось по шкале Г.М. Савельевой и Гоек, которая наиболее часто используется в Республике Беларусь. По историям родов проведен анализ уровня гематокрита, ЦВД, почасового диуреза и пробы Реберга у данных пациенток.

Результаты и их обсуждение. В общем анализе крови пациенток с тяжелыми формами гестоза обращал на себя внимание высокий гематокрит - $0,38 \pm 0,07$ л/л, который в норме у беременных не превышает $0,35-0,36$ л/л. По нашему мнению это свидетельствует о сгущении крови за счет выхода ее жидкой части в интерстициальное пространство. Определение ЦВД у всех пациенток выявило его низкий уровень, который составлял $19,6 \pm 8,4$ мм водного столба, что однозначно указывало на недостаточный венозный возврат. Подтверждением имеющейся гиповолемии послужили результаты проведенного нами исследования почасового диуреза, который хоть и был достаточно низким ($41,3 \pm 6,8$ мл/час), но на первый взгляд опасений не вызывал. Однако при перерасчете на килограмм массы тела ($0,51 \pm 0,09$ мл/час/кг) ситуация выглядит более тревожной поскольку диурез приблизился к нижней границе нормы ($0,5$ мл/час/кг), а у 19 пациенток был ниже этого уровня ($0,34 - 0,49$ мл/час/кг). Основной причиной уменьшения диуреза было снижение почечного кровотока, выявленное при лабораторном контроле. Проба Реберга, проведенная у 37 пациенток, показала, что уровень клубочковой фильтрации соответствовал нижней границе нормы и составлял $75,9 \pm 9,72$ мл/мин ($N=75,0-120,0$ мл/мин). Причем у 9 пациенток (24,3% от обследованных) этот показатель был ниже этого уровня ($58-72$ мл/мин).

Выводы. Несмотря на то, что изученные нами показатели не входят в общепринятые критерии оценки степени тяжести гестоза, их изменение при данной патологии носит достаточно типичный характер, а динамика этих показателей может быть включена в критерии эффективности проводимой интенсивной терапии.

Литература:

1. Зильбер, А.П. Акушерство глазами анестезиолога / А.П. Зильбер, Е.М. Шифман – Петрозаводск, 1997 – 397 с.
2. Anthony J. Smith-P. Pre-eclampsia and CVPs. // S-Afr-Med-J – 1996 Vol 86(3) – P. 273.